一例因原发性肝癌合并上消化道大出血患者的护理病例报告

李佳霁，李野，唐玲*
北京中医药大学东方医院

摘要
本文总结了 1 例肝硬化合并急性上消化道出血的护理经验，包括服药护理、出入量管理、心理护理、中医特色技术治疗。通过辩证施护，开展针对性的个体化护理措施，调节患者的情绪。运用移情、取情等方法，科学有效的缓解患者紧张焦虑的心情。

关键词：上消化道出血、肝硬化、中医护理

Nursing case report of a patient with primary liver cancer complicated with upper gastrointestinal hemorrhage

Jiaji Li，Ye Li，Ling Tang*
Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine，Beijing，100078

Abstract
This article summarized the nursing experience of a case of liver cirrhosis complicated with acute upper gastrointestinal bleeding, including medication nursing, intake and output management, psychological nursing, and traditional Chinese medicine characteristic technology treatment. Through dialectical nursing, targeted and individualized nursing measures were carried out to regulate the patients' emotions. Using the methods of empathy and taking emotion to scientifically and effectively relieve the patients' anxiety.

Key words: upper gastrointestinal bleeding, liver cirrhosis, TCM nursing

肝硬化是临床常见的一种慢性进行性弥漫性肝病，主要由一种或多种病因反复或长期作用，导致肝组织弥漫性纤维化、再生结节和假小叶形成[1]。肝硬化可导致门静脉系统压力升高，引发门静脉高压症，导致消化系统和脾脏的回心血流流经肝脏时受阻，腹壁静脉、食管胃底静脉曲张等侧支循环建立，造成上消化道出血。肝硬化合并上消化道出血起病急、病情凶险，严重者可出现肝衰竭、失血性休克，甚至危及生命[2-3]。因治疗周期长、预后不佳，患者常伴有紧张、焦虑、抑郁等负性情绪，对治疗、正常生活造成不良影响[4]。因此，针对肝硬化

合并上消化道出血患者，在开展规范临床治疗和护理的同时，对其心理状态加强关注，减轻其负性情绪，对改善生活质量、促进疾病康复有着重要作用。本研究对肝硬化合并上消化道出血患者的护理应用进行分析和探讨，以期为肝硬化合并上消化道出血患者的护理提供参考。现报告如下。

1.1 临床资料

患者男性，50 岁，已婚，文化程度为初中，费用：自费，主诉：现病史：患者因原发性肝癌于北京肿瘤医院就诊，1 天前无明显诱因出现呕血和黑便，转至急诊就诊，间歇性呕吐献血 5 次，约 500ml，黑便 3 次。既往史有原发性肝癌 ，用药史：患者于发病前 5 天服用阿司匹林，早晚各服用了一次，服用后，有轻度胃部不适，但由于工作原因，一直未给予注意。

1.2 查体

患者入院时意识清醒，体温 36.4℃，脉搏 78 次/分，呼吸 20～30 次/分，血压 100/58mmHg 神智清醒，精神弱，双肺呼吸音清晰，心脏听诊未见弥漫性杂音，腹软，无压痛反跳痛和肌紧张，肝脏增大，表面尚平滑，质地偏硬，腹部听诊呈鼓音，肠鸣音正常。皮肤灰白、湿冷，静脉充盈差，体表静脉塌陷。病人脉搏细速、血压下降。有下肢静脉曲张的情况。

1.3 实验室及影像学检查

影像学检查：胃镜检查，二氧化碳结合力：25.6mmol/l，尿素：9.18mmol/l，钾：3.45mmol/l，钠：139.2mmol/l，氯：109.9mmol/l，钙：1.89mmol/l，葡萄糖；8.87mmol/l，肌酐 61.4mmol/l，红细胞：$3.1*10^{12}$ /l，白细胞：$3.2*10^{9}$/l，血小板：$124*10^{9}$/l，血红蛋白 95g/l，中性粒细胞：$3.3*10^{9}$/l

1.4 医学诊断

西医诊断：急性上消化道出血，肝硬化，食管胃底静脉曲张破裂出血，原发性肝癌；

中医诊断：吐血

2 护理

2.1 护理评估

1.　饮食评估：通过交谈法了解病人有无不良生活方式和习惯，发现患者偶尔有饮食过度、不规律进餐、高脂饮食、嗜好致癌性食物，进食过快、以及虽然缺乏规律运动。2.排泄情况评估：患者有黑便 3 次的情况出现，大便颜色为鲜红色，质地偏软，量约为每次 80-100ml。3.睡眠情况评估：由于在查房时候观察到患者晚上有失眠，入睡困难的情况，护士进一步的了解了情况，发现患者因为呕血数次较多，患者产生了紧张，恐惧和悲观的情绪。4.活动情况：患者完全制

动，卧床休息，同时保持呼吸道通畅。5.日常健康危害行为评估：经了解后发现病人吸烟较多，一天有 20 根左右。暴饮暴食、酗酒等不良饮食习惯容易引发胰腺炎、急性胃扩张、脂肪肝等，爱吃辛辣者刺激胃酸分泌、刺激胃肠黏膜引起消化不良，重者易诱发胃出血。饮食中缺乏蔬菜、粗纤维及饮水量少、活动量少者容易产生便秘。6.意识情况：病人由于呕血 3 次，导致身体虚弱。7.营养情况：由于病人呕血 3 次和黑便 3 次，导致病人全身无力，表情淡漠，精神状态差。营养状态不佳，BMI 值为 17.2，为轻度营养不良。皮肤弹性较差，颜色较暗，光泽度不高。8.心理情况评估：在平时巡视的时候，发现患者沉默寡言，不喜欢交谈，经常叹气，对着窗外发呆。护士主动询问患者情况，患者有意回避。病人疾病相关知识缺乏，对于疾病治疗态度不重视。由于患者在北京工作，家里人都在老家河北生活，在北京的生活起居情况无人照顾，只是偶尔母亲会对其身体情况有嘱咐。

2.2 护理诊断

1.有体液不足的危险：与消化道出血所致有效循环血容量减少有关。

2.有受伤的危险：与病人可能因呕血会导致误吸有关。

3.活动无耐力：与失血性周围循环衰竭有关。

4 焦虑、恐惧：与病人大量出血有关；

5.潜在并发症：血容量不足。

2.3 护理计划：根据患者病情现况和预期结果制定护理计划和目标。给予患者个体化优质护理，准确记录出入量，保证容量平衡；弥补知识缺乏带来的紧张焦虑，给予心理疏导，保持良好心态；出院后继续给予健康指导，主要为用药指导、生活辅导、心理辅导以及再次出血的预防及应急处置。

2.4 护理实施

2.4.1.休息与活动

限制活动，有利于出血停止。少量出血者应卧床休息。大出血者绝对卧床休息，下肢略抬高，注意保暖。治疗和护理工作应有计划集中进行，以保证病人的休息和睡眠。

2.4.2 饮食护理

（1）大量呕血伴恶心、呕吐时，应禁食，少量出血而无呕吐，可进温凉、清淡流质饮食，以减少胃蠕动、中和胃酸。出血停止后，可逐渐改为半流质、软食至正常饮食，少量多餐。

（2）食管胃底静脉曲张破裂活动性出血期应禁食，止血后可给予高热量、高维生素流质饮

食，限制蛋白质和钠摄入，避免诱发肝性脑病及加重腹水，并避免粗糙、坚硬食物，防止造成曲张静脉再次损伤出血。（3）禁食期间给予高热量和高营养静脉补液，维持水、电解质平衡，积极预防和纠正体液不足。（4）辨证施膳，上消化出血患者多是由于肝火犯胃、胃热壅盛、脾虚不摄、气血虚亏所致，在疾病治疗期间，针对肝火犯胃，可以和肝止血、疏肝理气进行饮食规划 ，如豆腐脑、豌豆粥等，禁辛辣 ；针对胃热壅盛的症状 ，护理人员可以仅给患者喂食流食 ，如雪梨汁、新鲜的藕汁等；对于脾虚不摄 ，可以温中止血、健脾益气。指导患者进食一些温流质的食物，如山药粥、粳米粥等，不能给患者食用凉性食品，对于气血亏虚的患者，则应当禁食。

2.4.3 安全护理

轻症病人可起身稍事活动。活动性出血病人易在排便时或便后起立时晕厥，应指导病人坐起、站起时动作缓慢；出现头晕、心悸、出汗时立即卧床休息并告知护士；必要时由护士陪同如厕或床上排尿便。重病病人应多巡视，用床挡加以保护。

2.4.4 生活护理限制活动期间，协助病人完成个人日常生活活动。指导病人呕吐后及时漱口。排便次数多者注意肛周皮肤清洁和保护。卧床者特别是老年人和重症病人注意预防压疮。

2.4.5 病情观察

（1）一般病情观察：

①心电监护，观察生命体征，有无心律失常、脉搏细弱、血压降低、呼吸困难、体温不升或发热，精神和意识状态，皮肤和甲床色泽；②准确记录 24 小时出入量，疑有休克时留置导尿管，测每小时尿量，应保持尿量大于 30ml/h；③观察呕吐物及粪便的性质、颜色及量；④定期复查血常规、血尿素氮、便隐血，以了解贫血程度、出血是否停止；⑤监测血清电解质和血气分析的变化，注意维持水电解质、酸碱平衡。（2）周围循环状况的观察：通过改变体位测量心率、血压的变化并观察症状和体征来估计出血量。先后测量平卧及半卧位时的心率与血压，如心率增快 10 次/min 以上、血压下降幅度>15～20mmHg、头晕、出汗甚至晕厥，则表示出血量大，血容量已明显不足，应监测中心静脉压。如皮肤逐渐转暖、出汗停止则提示血液灌注好转。（3）正确判断出血量：详细询问呕血和（或）黑便发生的时间、次数、量及性状，以估计出血量和速度。（4）判断出血是否停止：病人脉搏、血压稳定在正常水平，粪便转黄色，提示出血停止。（5）症状体征的护理，发热者可给予相应的物理降温（冰敷等）或给退热药。大出血者遵医嘱给予血管加压素等药物止血，必要时做好器械止血护理配合。

2.4.6 中医护理技术：应用穴位按摩选取患者的足三里、太阳穴、百会穴、印堂、胃脘等穴

位，采用一指禅方法自下而上进行直推,交替进行,并由印堂开始按揉，逐步转到百会穴，30-40 次为宜。再用两个拇指按压太阳穴，顺时针、逆时针各 10~20 次，再用大拇指按压胃脘穴，持续 2-5min，按摩 2 次/d。

2.4.7 情志护理：①情志相胜。采用一种情志抑制和调节某种情志刺激，以减轻或消除负性情绪，促进患者恢复正常情绪，促进病情痊愈；顺情从欲，即顺从患者的意愿、情绪，满足其身心需求，使患者身心均得到照顾与呵护，以积极的情绪面对疾病和生活，促进疾病恢复、提高生活质量，对患者的要求不合理部分，需进行诚恳的说明或对不合理的部分予以调整。②移精变气。即转移思想焦点，根据患者日常兴趣爱好，利用音乐、书法、绘画等形式转移患者注意力，促进患者保持积极情绪。③开导倾听。即通过语言交谈的方式，对患者进行启发诱导，鼓励患者积极倾诉内心的焦虑、抑郁等情绪，认真倾听并根据患者的问题予以开导和暗示，缓解患者负性情绪[5]。④家庭支持。选取 1～2 名主要照顾者作为家庭支持员，患者入院后由护理人员对家庭支持员进行培训，包括疾病基本知识、护理要点及注意事项，患者心理干预措施、日常生活注意事项、营养支持、家庭支持员的自我情绪调整等，住院期间对 家庭支持员给予实时指导，为患者建立良好的家庭支持环境，使患者感受到家庭的关心，避免产生孤独感、无助感，对病情的进展树立信心和希望[6]。

2.4.8 健康指导

（1）一般知识指导：注重饮食卫生和规律饮食，进营养丰富、易消化的食物；避免粗糙、刺激性、过冷、过热、产气多的食物或饮料；戒烟、戒酒；生活起居有规律，劳逸结合，保持乐观情绪，保证充足的休息；在医生指导下用药，以免用药不当[7]。

（2）识别出血并及时就诊：指导病人及家属早期识别出血征象及采取正确应急措施，如出现头晕、心悸等不适，或呕血、黑便时，立即卧床休息，保持安静，限制活动；呕吐时取侧卧位以免误吸[8]；立即送医院治疗。慢性病者定期门诊随访。

2.5 护理评价

2.5.1 经个性化治疗护理 14d 后，患者倦怠乏力缓解，无恶心呕吐，腰膝酸软明显减轻，偶有呃逆，胃痛缓解，泛酸烧心减轻，偶咳嗽，纳食量增加，大便潜血及凝血功能正常。体重较入院下降 3.5kg，BMI：26kg / m^2 。日常生活能力评定（Barthel）评分 87 分。加入微信宣教群，给予延续性护理干预，培养患者自我管理能力，从而尽早回归社会生活。

2.5.2 生活质量: 采用健康调查简表(SF-36) 对患者生活质量状况进行评价，包括生理机能、生理职能、躯体情况、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能、精神健康 8 个维度，得分越高表明生活质量越好[9]。②负性情绪: 采用焦虑自评量表(SAS) 和抑郁自评量

表(SDS) 评价焦虑、抑郁状况，SAS、SDS 均包含 20 个项目，SAS 标准分为 50 分，50～59 分为轻度焦虑，60～69 分为中度焦虑，>69 分为重度焦虑; SDS 标准分为 53 分，53～62 分为轻度抑郁，63～72 分为中度抑郁，≥73 分为重度抑郁[10]。分数越高说明负性情绪越严重。通过评估显示，患者生活质量状况比入院时提高明显，负性情绪降低，心理情况基本回到健康水平[11]。

健康调查简表（ＳＦ-３６）

项目	入院时	出院时
生理机能	73.51	77.26
生理职能	71.2	78.2
躯体疼痛	70.9	72.1
一般健康状况	73.4	75.4
精力	71.3	73.9
社会功能	72.6	75.3
情感职能	75.4	76.8
精神健康	71.2	73.6

焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)

项目	入院时	出院时
SAS	57.8	51.1
SSD	59.1	53.2

讨论

肝硬化是临床常见的慢性进行性肝病，是由一种或多种病因长期或反复作用而形成的弥漫性肝损伤。在病理组织学中，假小叶是肝硬化的标准[12]。门静脉高压是由多种原因造成的门静脉压力持续增加引起的一种综合征，肝硬化是最常见的原因。肝硬化门静脉高压症最基本的病理生理学特征是门静脉血流受阻，门静脉压力升高，侧支循环开启[13]。而肝硬化合并上消化道出血是临床常见的危重症之一，病情严重且进展迅速，可短时间内发生大量出血，危及患者生命安全[14]。以往临床上在对上消化道出血患者进行治疗的过程中多采用常规护理方式，虽然能够使患者对护理服务的基本需求得到一定的满足，但护理干预措施缺乏全面性和综合性，不重视患者治疗期间的心理护理和潜在并发症护理[15-16]，导致

患者负性情绪难以得到及时疏解，缺乏良好的依从性，从而延长了患者临床体征改善时间，加大了再次出血及并发症发生风险[17-20]。综合性护理干预模式强调从每位患者的实际病情及需求出发，给予患者全方位的护理干预，从而使患者治疗期间对护理服务的需求能够得到充分满足[21]。本研究结果显示研究组 SAS、SDS 评分均低于对照组 （P＜0.05），通过对患者实施具有针对性的心理护理，能够及时疏解和改善患者的负性情绪，提高其依从性，从而使患者在后续的治疗中能够更加积极的予以配合，确保临床治疗工作的顺利开展[22-24]。

利益冲突
作者声明本文无利益冲突。

参考文献

[1] 肝硬化诊治指南[J]. 中华肝脏病杂志, 2019(11):846-847.

[2] de Franchis R. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension.[J]. Journal of hepatology, 2015,63(3):743-752.

[3] Song J E, Kim B S. Endoscopic Therapy and Radiologic Intervention of Acute Gastroesophageal Variceal Bleeding.[J]. Clinical endoscopy, 2019,52(5):407-415.

[4] 肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张破裂出血诊治专家共识(2019 版)[J]. 中华消化外科杂志, 2019(12):1087-1093.

[5] Pellicoro A, Ramachandran P, Iredale J P, et al. Liver fibrosis and repair: immune regulation of wound healing in a solid organ[J]. Nat Rev Immunol, 2014,14(3):181-194.

[6] 程留芳, 贾继东, 徐小元, 等. 肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治共识[J]. 中华肝脏病杂志, 2008(08):564-570.

[7] Kim G, Kim M Y, Baik S K. Transient elastography versus hepatic venous pressure gradient for diagnosing portal hypertension: a systematic review and meta-analysis.[J]. Clinical and molecular hepatology, 2017,23(1):34-41.

[8] Bangaru S, Benhammou J N, Tabibian J H. Noninvasive scores for the prediction of esophageal varices and risk stratification in patients with cirrhosis[J]. World J Hepatol, 2020,12(11):908-918.

[9] Sousa M, Fernandes S, Proença L, et al. The Baveno VI criteria for predicting esophageal varices: validation in real life practice.[J]. Revista espanola de

enfermedades digestivas : organo oficial de la Sociedad Espanola de Patologia Digestiva, 2017,109(10):704-707.

[10] Elsebaey M A, Tawfik M A, Ezzat S, et al. Endoscopic injection sclerotherapy versus N-Butyl-2 Cyanoacrylate injection in the management of actively bleeding esophageal varices: a randomized controlled trial.[J]. BMC gastroenterology, 2019,19(1):23.

[11] Sahin A, Artas H, Tunc N, et al. Hematological Indices in Portal Hypertension: Cirrhosis versus Noncirrhotic Portal Hypertension.[J]. Journal of clinical medicine, 2018,7(8).

[12] Potts J R, Farahi N, Heard S, et al. Circulating granulocyte lifespan in compensated alcohol-related cirrhosis: a pilot study.[J]. Physiological reports, 2016,4(17).

[13] Fiuza C, Salcedo M, Clemente G, et al. In vivo neutrophil dysfunction in cirrhotic patients with advanced liver disease.[J]. The Journal of infectious diseases, 2000,182(2):526-533.

[14] Agraz-Cibrian J M,Segura-Ortega J E,Delgado-Rizo V,et al.Alterations in neutrophil extracellular traps is associated with the degree of decompensation of liver cirrhosis.[J]. Journal of infection in developing countries, 2016,10(5):512-517.

[15] 蔡均均, 韩涛. 2013 年欧洲肝病学会肝硬化细菌感染立场声明的概述[J]. 临床肝胆病杂志, 2014,30(07):588-591.

[16] Italiano J E, Patel-Hett S, Hartwig J H. Mechanics of proplatelet elaboration.[J]. Journal of thrombosis and haemostasis : JTH, 2007:18-23.

[17] Junt T, Schulze H, Chen Z, et al. Dynamic visualization of thrombopoiesis within bone marrow[J]. Science, 2007,317(5845):1767-1770.

[18] Ripoll C, Groszmann R,Garcia-Tsao G, et al. Hepatic venous pressure gradient predicts clinical decompensation in patients with compensated cirrhosis[J]. Gastroenterology, 2007,133(2):481-488.

[19] Augustin S, Pons M, Maurice J B, et al. Expanding the Baveno VI criteria for the screening of varices in patients with compensated advanced chronic liver

disease.[J]. Hepatology (Baltimore, Md.), 2017,66(6):1980-1988.

[20] de Franchis R. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension[J]. J Hepatol, 2015,63(3):743-752.

[21] Castera L, Pinzani M, Bosch J. Non invasive evaluation of portal hypertension using transient elastography[J]. J Hepatol, 2012,56(3):696-703.

[22] Petrisor A, Stanescu A, Papacocea I R, et al. Non-invasive laboratory, imaging and elastography markers in predicting varices with high risk of bleeding in cirrhotic patients.[J]. Romanian journal of internal medicine = Revue roumaine de medecine interne, 2021,59(2):194-200.

[23] Hu X, Huang X, Hou J, et al. Correction to: Diagnostic accuracy of spleen stiffness to evaluate portal hypertension and esophageal varices in chronic liver disease: a systematic review and meta-analysis.[J]. European radiology, 2021,31(6):4396-4399.

Xu X, Jin Y, Lin Y, et al. Multimodal Ultrasound Model Based on the Left Gastric Vein in B-Viral Cirrhosis: Noninvasive Prediction of Esophageal Varices.[J]. Clinical and translational gastroenterology, 2020,11(11):e262.